

Facoltà di Medicina e Chirurgia
Corso di Laurea in Infermieristica – sede di Ascoli Piceno

LINEE GUIDA PER LA REDAZIONE DELLA CARTELLA DIDATTICA Anno accademico 2025/2026

1. PREMESSA

L'evoluzione culturale e legislativa che ha caratterizzato specificatamente le figure infermieristiche in questi ultimi anni (vedi D.M. 14.9.94 n°739, L.42/99 del 26.2.99, L. 251/2000 del 10.08.2000, codice deontologico del 10.01.2009, ecc.) ha fatto evidenziare la necessità di rivedere alcuni meccanismi organizzativi e strumenti operativi come elementi determinanti per migliorare i processi assistenziali.

La documentazione dell'assistenza è il cardine degli strumenti organizzativi imprescindibile per ottimizzare e sistematizzare le informazioni riguardanti l'intero processo assistenziale basato sull'applicazione sistematica del Problem Solving e legato ai problemi di salute di competenza infermieristica.

Nell'ambito delle attività di Tirocinio Clinico (T.C.) e dell'attività tutoriale, viene offerta allo studente del corso di laurea, la possibilità di sperimentare il proprio sapere, saper fare e saper essere "con la gestione" della documentazione, assistenziale applicata al "caso clinico", per ogni esperienza di tirocinio.

La gestione del "caso clinico" è una **metodologia di apprendimento** che sollecita processi cognitivi, meta-cognitivi e favorisce l'applicazione delle conoscenze teoriche alla pratica clinica. Tale metodologia sviluppa e permette allo studente di sperimentare la capacità di analizzare e ragionare sulle proprie competenze di tipo cognitivo, gestuale e relazionale, ritenute essenziali per la formazione infermieristica. Per facilitare l'utilizzo della documentazione, relativa alla presa in carico, essa dovrà contenere l'intero processo assistenziale costruito dallo studente tramite l'approccio del "caso clinico"

Lo studente, contestualmente alla consegna della **Documentazione Infermieristica Didattica**, dovrà presentare:

- una descrizione sintetica della patologia di riferimento inerente la diagnosi medica, comprensiva di fonti bibliografiche,
- una presentazione sintetica del caso
- un progetto educativo inerente il problema assistenziale o collaborativo possibilmente riferito alla Diagnosi di Rischio

2. DESCRIZIONE DELLA PATOLOGIA

Breve approfondimento personale sulla patologia di cui è affetto il paziente preso in esame.

Le **fonti bibliografiche** da cui vengono attinte le informazioni devono essere citate chiaramente.

3. PRESENTAZIONE SINTETICA DEL CASO

Formulare una breve **presentazione del caso in cui si descrive il motivo del ricovero**, la storia di salute del paziente preso in carico, citando infine gli **esami diagnostici eseguiti e l'eventuale terapia, sottolineando il problema attivo**.

Al fine di garantire la **privacy** e nel rispetto della vigente normativa in materia, è importante **non far comparire dati sensibili** (es. nome, cognome, data di nascita, indirizzo, ecc.) ma riportare le informazioni come richieste nel frontespizio (facendo attenzione a criptare le ultime tre cifre del n. di telefono)

Non si accettano fogli o moduli diversi da quelli proposti (es. fotocopie di schede infermieristiche o altra modulistica, escluso scale di valutazione in uso nella U. O). Le attività registrate dovranno far fede a quelle regolarmente svolte dallo studente, facendo riferimento all'E.B.N. e alla buona pratica clinica.

4. TEMPI DI CONSEGNA

La D. I. D. dovrà essere attivata entro la prima settimana di tirocinio e riconsegnata in facoltà entro il termine del periodo di tirocinio di riferimento. Il paziente “caso clinico”, oggetto di studio, può essere individuato (se necessario), con l’aiuto della guida di tirocinio dell’U.O.

5. REGOLE DI BASE, SINTETICHE PER LA CORRETTA COMPILAZIONE DELLA D.I.D.

La registrazione puntuale, precisa e tempestiva dell’intero processo di nursing è condizione essenziale per dimostrare che lo studente abbia appreso la metodologia del Problem Solving e dovrà tener conto dei seguenti criteri:

- Riportare le informazioni in maniera corretta, distinguendo i dati oggettivi da quelli soggettivi; ovvero per dati oggettivi si intendono tutte quelle informazioni cliniche assistenziali e misurabili, e per dati soggettivi si intendono tutte le condizioni/variabili percepite dal paziente/caregiver, che non possono essere misurate e valutate. E’ fortemente raccomandato di **Non scrivere MAI** in cartella, enunciazioni riferibili ad opinioni personali e di evitare di trascrivere riferimenti o formulazioni doppione;
- Riportare le omissioni di momenti significativi e/o procedure che fanno parte di protocolli assistenziali; per improvvisi cambiamenti delle condizioni cliniche del paziente o per rifiuto all’adesione del trattamento, dovrà altresì essere registrata l’ora dell’avvenuta comunicazione al medico/infermiere referente;
- Riportare le informazioni in maniera cronologica, logica ed obiettiva
- Aggiornare la cartella in modalità continuativa e sistematica in modo da poter, in ogni, occasione, ricostruire il percorso assistenziale;
- Utilizzare una grafica leggibile in modo che i dati si leggano con facilità e diano seguito ad una inequivocabile interpretazione;
- Conservare e utilizzare la scheda/cartella infermieristica, tenendo presente che questa documentazione ha valore di atto pubblico” (art. 493 Codice Penale);
- Controllare sempre che il documento riporti le iniziali della persona assistita;
- Scrivere sempre solo quello che si è fatto, ispirandosi ai principi di veridicità, completezza, correttezza formale e chiarezza, annotando gli eventi contestualmente al verificarsi;
- Evitare di riportare attività svolte da altri colleghi (escluso nel periodo di assenza),
- Effettuare correzioni tirando una riga sopra per cancellare, evitando quindi scarabocchi e uso di sostanze sbiancanti;
- Utilizzare solo abbreviazioni condivise e/o codificate dalla letteratura internazionale;
- Firmare sempre quanto scritto dopo aver specificato data e ora;
- Scrivere tutti gli eventuali incidenti (es. cadute accidentali, errori di somministrazione) includendo tutti i dettagli (modalità dell’incidente, reazione della persona assistita ed eventuali azioni compiute in seguito all’incidente (art. 334 C.P., procedure aziendali ecc.)
- Annotare le decisioni mediche, specificare il nome del medico, le prestazioni richieste, la data, l’ora e le motivazioni della richiesta; in caso di comunicazione delle decisioni per via telefonica, trascrivere sempre le circostanze, specificando che l’intervento/prescrizione è stato richiesto tramite comunicazione telefonica.

Per ciò che concerne la Terapia Farmacologica (T.F.) fatta eccezione per T.F. estemporanea, non viene prevista alcuna registrazione (vedasi S.U.T. Scheda Unica di Terapia)

6. MODELLO CONCETTUALE DI RIFERIMENTO

Tenuto conto che non esiste una Documentazione Infermieristica unica e funzionale adattabile a tutte le realtà assistenziali, ma costruita peculiarmente dall’equipe infermieristica dello specifico contesto, e dovendo prevedere, anche se esclusivamente per scopi didattici, uno o più modelli assistenziali di riferimento, la scelta proposta, fa riferimento all’utilizzo della metodologia dei “Modelli Funzionali della Salute” di M. Gordon, al “Modello Bifocale” L. J. Carpenito ed alla Tassonomia “N.A.N.D.A.”.

Mentre gli studenti del II e III anno di corso dovranno utilizzare la tipologia di cartella, nella quale viene riprodotto l’intero processo assistenziale, gli studenti del I anno dovranno fare riferimento alla Scheda di Accertamento per Modelli Funzionali di Gordon.

7. ACCERTAMENTO DI BASE/INIZIALE

La raccolta sistematica di tutti i dati (oggettivi e soggettivi) relativi all'utente che avviene attraverso il colloquio/intervista con il paziente e/o i familiari/caregiver, l'osservazione, l'esame obiettivo del paziente, la consultazione della cartella clinica o altre fonti documentative personali, rappresenta la I fase propedeutica all'applicazione dell'intero processo di nursing di alta qualità.

La raccolta dei dati mediante attenta osservazione, ascolto, ragionamento e conoscenze teoriche, ha lo scopo di raccogliere, classificare, organizzare e verificare le informazioni prima di formulare una sintesi dei risultati.

La raccolta dati proposta dal modello bifocale di L.J. Carpenito, prevede un accertamento di base sintetico, che si avvale dei "Modelli Funzionali di Salute" di M. Gordon. Essa deve essere eseguita in un unico momento temporale, comunque entro l'ora dalla presa in carico del paziente.

La sintesi del Processo di Accertamento dovrà essere concettualizzata nell'analisi approfondita dei modelli disfunzionali rilevati

7. a ACCERTAMENTO MIRATO

Se dall'accertamento inteso come processo continuo, emergono problematiche assistenziali che richiedono un approfondimento, o secondarie ad un problema già noto/pregresso, si dovrà procedere ad un **accertamento mirato**

L'accertamento mirato non sostituisce in nessun caso l'accertamento di base e comunque il processo di valutazione non si esaurisce nella fase di accertamento, ma continua durante tutto l'arco della degenza; si conclude solo al momento della dimissione.

8. SCHEDE DI APPROFONDIMENTO

Le scale di valutazione sono strumenti atti a misurare in modo oggettivo, preciso ed omogeneo, le effettive necessità assistenziali, alle quali è necessario far fronte in via prioritaria

L'approfondimento potrà avvalersi delle schede proposte e allegate che riguardano:

- **Scala di Glasgow** (valutazione dello stato neurologico)
- **Water Swallow Test** (valutazione della deglutizione)
- **Indice di Barthel** (valutazione delle attività di vita quotidiana)
- **Scala NRS del Dolore** (valutazione del dolore)
- **Scheda Valutazione Dolore** (mediante scala numerica NRS)
- **Scheda Gestione Accessi Venosi**
- **Scheda Monitoraggio Parametri Vitali**
- **Scheda Bilancio Idrico Orario**
- **Scheda Bilancio Idrico delle 24**
- **Scheda Rilevazione Valori Glicemici**
- **Scheda Valutazione Rischio Lesioni da Pressione**
- **Scala di Braden** (valutazione del rischio delle lesioni da pressione)
- **Scheda Rivalutazione Rischio Lesioni da Pressione**
- **Scala di Conley** (valutazione del rischio di caduta) (Riservata esclusivamente all'Area Chirurgica)
- **Scheda preoperatoria** (Riservata esclusivamente all'Area Chirurgica)
- **Scheda per il monitoraggio intensivo post operatorio (dal rientro in U.O alle prime 24h)** (Riservata esclusivamente all'Area Chirurgica)
- **Scheda per il monitoraggio intensivo della stomia (prime 48h)** (Riservata esclusivamente all'Area Chirurgica)
- **Scheda medicazione della ferita chirurgica** (Riservata esclusivamente all'Area Chirurgica)

Tra le schede di approfondimento è presente la SCALA DI CONLEY per la valutazione del rischio caduta dell'utente. La valutazione iniziale deve avvenire entro 12 ore dall'ingresso in reparto, preferibilmente in concomitanza dell'anamnesi, successivamente è possibile rivalutare il rischio cadute: entro 4 giorni se non ci sono state modificazioni importanti della situazione clinico-assistenziale. È da rivalutare

11. GLI OBIETTIVI

Rappresentano enunciazioni descrittive comportamenti misurabili, che denotano un cambiamento (progressivo) dell'utente; devono rispondere ai criteri di: *pertinenza, precisione, realizzabilità, misurabilità*, utilizzando verbi che descrivano un risultato udibile o visibile.

Nella formulazione degli obiettivi relativi alle diagnosi infermieristiche, il soggetto è il paziente e il comportamento atteso, o livello di performance, viene espresso con il verbo al presente, al futuro o al congiuntivo.

L'obiettivo potrà comprendere, oltre al *comportamento dell'utente*, alcuni modificatori, che spiegano cosa, dove, quando e come si attua l'obiettivo: *criteri di performance, scadenza, condizioni particolari*.

“Es. *Il signor Rossi deve essere in grado di camminare, per tutta la lunghezza del corridoio, entro 3 giorni, con il bastone*”.

12. GLI INTERVENTI

Nel piano di assistenza individualizzato (P.A.I.) vengono riportati tutti gli interventi infermieristici autonomi o in collaborazione con altre figure, che si intendono compiere per risolvere i problemi del paziente.

Gli interventi dovranno essere gestiti in ordine prioritario e sostenuti, da precise *motivazioni scientifiche esistenti*.

La formulazione degli interventi dovrà rispettare i seguenti criteri:

- Iniziare con il verbo all'infinito (es. assicurare, garantire, informare,...)
- Descrivere l'atto infermieristico da compiere
- Indicare se possibile quando l'atto deve essere compiuto (es. mobilitare il paziente ogni 2 ore)
- Utilizzare, se il caso lo richiede, un protocollo/procedura adottato dall'U.O.

13. I CRITERI DI RISULTATO / RISULTATI ATTESI

Sia il processo diagnostico che la pianificazione sono costantemente sottoposti a processi di verifica e valutazione che consistono in:

- Riesaminazione dei risultati attesi
- Raccolta dati di valutazione
- Confronto tra le nuove condizioni dell'assistenza e quelle precedenti e conseguente elaborazione di una conclusione,
- Formulazione dell'enunciazione di una valutazione
- Relazione e sintesi degli interventi infermieristici e risultati.

Ciò vuol dire che tale processo non deve essere interpretato come singolo o fase particolare, ma concepito come una dimensione nel Processo di Nursing.

Sono comportamenti osservabili, misurabili, fatti significativi che costituiscono i parametri per stabilire se l'obiettivo è stato raggiunto e devono essere espressi con il **verbo al futuro**.

“Es. *il sig. Rossi al 3° giorno camminerà con l'utilizzo dell'ausilio*”

I criteri di risultato devono essere coerenti con i N.O.C. attesi

14. SCHEDA DIAGNOSTICA

Scheda Diagnostica Esami Ematochimici

Scheda Rilevazione Valori Glicemici

Scheda Diagnostica Esami Strumentali

15. L'AREA CHIRURGICA (Riservata esclusivamente all'Area Chirurgica)

Le presenti linee guida intendono aiutare lo studente nella compilazione della Documentazione Infermieristica Didattica in Area Chirurgica, allo scopo di supportare un soddisfacente “processo di nursing”. Appositamente per questa area sono state introdotte delle nuove schede di valutazione/monitoraggio:

- **Scheda preoperatoria:** questa scheda si divide in 3 fasi distinte con l'obiettivo di favorire la corretta presa in carico dell'utente. La prima fase si svolge all'ingresso con l'individuazione delle

caratteristiche più rilevanti del paziente: si individuano in particolare:

patologie importanti, terapia, soprattutto anticoagulante/aggregate e la data di sospensione, le allergie e gli esami in possesso dell'utente. La seconda fase è utile allo studente per individuare tipologie e modalità di intervento. L'ultima fase si svolge il giorno dell'intervento e guida alla preparazione dell'utente nell'immediato della chirurgia, chiarisce il passaggio di informazioni con i familiari (l'utente deve firmare nel caso voglia dare informazioni ad una specifica persona). Inoltre vanno registrate tutte le manovre svolte in reparto per la preparazione preoperatoria.

- **Scheda Postoperatorio:** guida al monitoraggio delle condizioni dell'utente nel momento più critico, dal tempo 0 –rientro in U.O dalla Sala Operatoria- fino alle prime 24h, portando ad una verifica costante di: stato di coscienza; PV, dolore, diuresi e drenaggio/i. In rosso i momenti più critici (prime 2/3 ore), in giallo le ore post-critiche(fino alle 12 ore), in verde fino alle 24h.
- **Scheda medicazione ferita chirurgica:** permette di osservare e controllare la ferita chirurgica ad ogni medicazione e di registrare tutte le caratteristiche rilevate, favorendo la continuità assistenziale.

Schede facoltative, da utilizzare in caso di utente portatore di stomia al rientro dalla Sala Operatoria:

- **Scheda di monitoraggio intensivo della stomia:** è da utilizzarsi nelle prime 48h postoperatorie, controllando lo stoma ogni 4 ore, rilevando le caratteristiche principali quali: colore, edema, emorragia, ischemia e giunzione muco-cutanea per poter rilevare precocemente segni di allarme.
- **Scheda di monitoraggio della stomia:** continua il monitoraggio della stomia e la documentazione delle caratteristiche, dell'alvo e del cambio presidi.

15. VERIFICA E PIANO DI DIMISSIONE

Il piano di dimissione fa riferimento ai modelli disfunzionali affrontati, dovrà essere proposto alla dimissione dell'utente e per garantire la continuità assistenziale dovrà comprendere anche gli aspetti educativi rivolti al paziente e alla famiglia/caregiver.

16. SIMBOLOGIA

C.I.: Cartella Infermieristica

C.P.: Codice Penale

D.I.: Diagnosi Infermieristica

D.I.D.: Documentazione Infermieristica Didattica

E.B.N.: Evidence Based Nursing

N.A.: Non Applicata

N.A.N.D.A.: North American Nursing Diagnosis Association

N.I.C.: (Nursing Interventions Classification)

N.O.C.: (Nursing Outcomes Classification)

P: Protocollo

P.A.I.: Piano di Assistenza Individualizzato

P.C.: Problemi Collaborativi

P.R.: Procedura

S.U.T.: Scheda Unica di Terapia

T.C.: Tirocinio Clinico

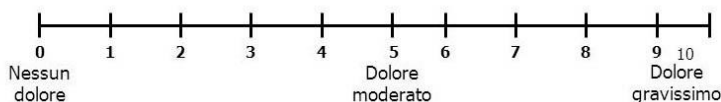
T. F.: Terapia Farmacologica

U.O.: Unità Operativa

ALLEGATI

Si allegano per completezza dei documenti presentati le due scale proposte per il monitoraggio del dolore. La prima è la NRS (Numerical Rating Scale) che si presta perfettamente a tutti gli adulti senza deficit cognitivo. si tratta di una scala numerica da 0 a 10, dove 0 corrisponde ad assenza del dolore e 10 è il peggior dolore mai provato.

**Scala di intensità
del dolore
numerica da 0-10**



La seconda è la SCALA PAINAID che valuta il dolore in utenti disorientati o incoscienti sommando segni e visibili in modo da decifrare il linguaggio non verbale del dolore.

	0	1	2
RESPIRO (Indipendente dalla vocalizzazione)	Normale	Respiro a tratti alterato. Brevi periodi di iperventilazione	Respiro alterato Iperventilazione Cheyne-Stokes
VOCALIZZAZIONE	Nessuna	Occasionali lamenti Saltuarie espressioni negative	Ripetuti richiami Lamenti. Pianto
ESPRESSIONE FACCIALE	Sorridente o inespressiva	Triste, ansiosa, contratta	Smorfie.
LINGUAGGIO DEL CORPO	Rilassato	Teso Movimenti nervosi Irrequietezza	Rigidità. Agitazione Ginocchia piegate Movimento afinalistico, a scatti
CONSOLABILITA'	Non necessita di consolazione	Distratto o rassicurato da voce o tocco	Inconsolabile; non si distrae né si rassicura

Punteggio:

0 = nessun dolore

10 = massimo dolore

Bibliografia

- Alligood, M.R., Tomey, A.M., "La Teoria del Nursing – Utilizzazione e Utilizzazione e Applicazione, 3^a ed., Mc Graw-Hill, Milano-2007
- Carpenito-Moyet, Lynda Julia, *Diagnosi infermieristiche applicazione alla Pratica Clinica*, Casa Editrice Ambrosiana, Milano-2015
- Chiari, P., D. Mosci, E. Naldi, *Centro Studi EBN Evidence – Based Clinical Practice la pratica clinico-assistenziale basata su prove di efficacia*, Ed. McGraw-Hill, Milano-2011
- Gordon, Majory *Diagnosi infermieristiche processo ed applicazione* Casa Editrice Ambrosiana, Milano-2010
- Johnson, M., *Diagnosi infermieristiche risultati interventi risultati interventi collegamenti NANDA, NOC, NIC*, Casa Editrice Ambrosiana, Milano-2005
- Lunney, Margaret & collaboratori *Il Pensiero critico nell'assistenza infermieristica casi clinici con NANDA-I, NOC E NIC*, Casa Editrice Ambrosiana, Milano-2010
- Timby, B.K., *Fondamenti di Assistenza Infermieristica Concetti e abilità cliniche di base* Ed. Mc Graw-Hill, Milano-2011
- Wilkinson, J.M., *Diagnosi infermieristiche con NOC E NIC*, Casa Editrice Ambrosiana, Milano-2005